

記入例

子ども医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

【住所変更】

対象児童	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	受給者番号							
	子ども氏名	江戸川 一郎							子ども氏名							
	受給者番号								受給者番号							
	子ども氏名								子ども氏名							

☒ 変更 【事由発生日： 令和 7年 2月 10日】

ホームページ掲載版

住所が変更となった日を
記入してください

氏名	子	旧() ⇒ 新()	旧()					
		旧() ⇒ 新()	旧()					
住所	保護者	旧() ⇒ 新()						
	旧住所	江戸川区	中葛西3-10-1					
	新住所	江戸川区	中央1-4-4					
保護者		旧() ⇒ 新()						
	課税地	新保護者が今年の1月1日時点で江戸川区に居住していない場合はご記入ください						
健康保険 情報	被保険者	☐ 父	☐ 母	☐ 児童	☐ その他()	☐ 保険情報コピー添付		
	保険情報のコピーがない場合は保険情報をご記入ください							
	記号		番号		保険者 番号		資格 取得日	R . .
	保険者 名称			被保険 者名				

☐ 再交付

理 由	1 紛失	2 破損	3 汚損	4 その他()
-----	------	------	------	----------

☐ 消滅 【事由発生日： 令和 年 月 日】

事 由	1 転出	2 出国	3 施設入所	4 生活保護 開始	5 死亡	6 その他()
-----	------	------	--------	--------------	------	----------

署名	上記のとおり、子ども医療費助成制度の申請事項の変更・医療証の再交付・資格消滅について届出します。 私及び世帯員の所得情報その他受給資格に関わる情報を公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)により確認することについて同意します。 なお公簿等で確認できない場合は、区が必要と認める関係書類の提出を速やかに行います。					
	江戸川区長 殿	令和 7年 2月 12日				
	住 所	江戸川区	中央1-4-1			
	氏 名	江戸川 太郎				
	電 話	080	-	1234	-	5678

記入日、医療証に記載されている保護者の
住所、新氏名、電話番号を記入してください

個人番号確認 (新保護者)			
☐ 記入有	☐ 記入無		
→ ☐ マイナカード	☐ 通知カード	☐ 住民票	→ ☐ 同意有

受 付		入 力		交 付		証 回 収	有 ・ 無	確 認	
--------	--	--------	--	--------	--	-------------	-------------	--------	--